ESCUELA N. DE MEDICINA DE MEXICO

ALGUNAS CONSIDERACIONES

ACERCA DEL TRATAMIENTO DE LAS

POSICIONES OCCIPITO-POSTERIORES

TESIS

QUE PARA EL EXAMEN GENERAL DE MEDICINA, CIRUJIA Y OBSTETRICIA,
PRESENTA AL JURADO CALIFICADOR

MANUEL GONZALEZ DE LA VEGA Y HORNEDO,

Alumno de la Escuela N. de Medicina,
practicante del "Hospital de San Andrés" y del Consultorio Ginecológico gratuito
del Profesor Dr. Mejía.



MÉXICO

IMPRENTA DE FRANCISCO COSIO

... DE LA INDEPENDENCIA NUM. 6

ESCUELA N. DE MEDICINA DE MEXICO

ALGUNAS CONSIDERACIONES

ACERCA DEL TRATAMIENTO DE LAS

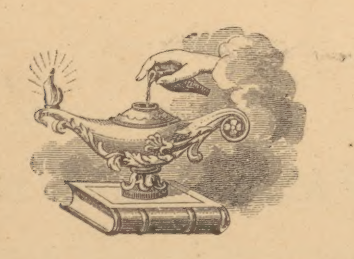
POSICIONES OCCIPITO-POSTERIORES

TESIS

QUE PARA EL EXAMEN GENERAL DE MEDICINA, CIRUJIA Y OBSTETRICIA,
PRESENTA AL JURADO CALIFICADOR

MANUEL GONZALEZ DE LA VEGA Y HORNEDO,

Alumno de la Escuela N. de Medicina,
practicante del "Hospital de San Andrés" y del Consultorio Ginecológico gratuito
del Profesor Dr. Mejía.



MÉXICO

IMPRENTA DE FRANCISCO COSIO

2ª DE LA INDEPENDENCIA NUM. 6.

1895

A MIS PADRES

GRATITUD Y RESPETO.

A MIS HERMANOS

A LOS SEÑORES

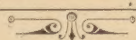
José Manuel Vértiz y Diputado Ricardo Horcasitas.

Aceptad esta pequeña prueba del aprecio de

Vuestro Sobrino.

A MI TIO EL SEÑOR

JOAQUIN GONZALEZ DE LA VEGA.



A MIS MAESTROS

LOS SEÑORES DOCTORES

Demetrio Mejía y Manuel Gutiérrez Zavala.

DEBIL MUESTRA

DE RECONOCIMIENTO Y CARIÑO

A LOS SEÑORES DOCTORES

EDUARDO LICEAGA Y RAMON ICAZA.

AL HONORABLE CUERPO DE PROFESORES

DE LA

ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA.



El estudio de las posiciones posteriores es, sin duda alguna, uno de los más importantes problemas que ofrece la ciencia toconómica en México.

Depende esta importancia, en primer lugar, de su frecuencia relativa; en segundo, de los fenómenos de distocia que producen, fenómenos que muy comunmente ponen en peligro á los dos séres, cuyo cuidado está encomendado al partero; y en tercero, demuestran lo interesante de este estudio, los múltiples procedimientos operatorios que han ideado los parteros de todos los países, para poner á salvo el mayor número posible de madres é hijos.

Han sido suficientes para mí estos motivos para elegir, como tema de mi tesis inaugural, el "Tratamiento de las Occípito-posteriores." Nada nuevo tengo que decir á mis jueces; las ideas fundamentales de este trabajo pertenecen casi totalmente á mi sabio maestro el Dr. Manuel Gutiérrez; solamente

me propongo desarrollar las numerosas y difíciles cuestiones á que da lugar el tema de este estudio, con el mayor método posible, poniendo á contribución mi deficiente inteligencia, mis escasos conocimientos y mi grande amor por el estudio.

Señores Jurados:

Como demostrar esto último es mi única pretensión, confío en vuestra indulgencia.

Nada más importante en un estudio científico, como la aplicación de un buen método. Consecuentes con esta idea, desarrollaremos las siguientes cuestiones en el orden que las enunciamos:

1.ª Mecanismo del parto en occípito-posterior.

2.ª Influencia de la constitución de la pelvis mexicana sobre este mismo mecanismo.

3.ª Procedimientos operatorios usuales; cuáles son preferibles, cuáles no deben emplearse; y

4.ª ¿La Sinfisistomía, antigua operación abandonada por mucho tiempo y hoy usada por eminentes parteros, es aplicable para verificar el parto en algún caso de posición occípito-iliaca-posterior?

Este último problema será el que intentaremos desarrollar con mayor extensión, por ser una idea enteramente nueva y feliz, debida á los Sres. Profesores Fernando Zárraga y M. Gutiérrez, y presentada por este último al "Segundo Congreso Médico Mexicano," reunido en San Luis Potosí el mes de Noviembre del año próximo pasado.

La sola enunciación de los puntos que vamos á tratar, demuestra que no es nuestro objeto hacer un estudio completo de las occípito-posteriores; sólo tocaremos aquellas cuestiones que tengan relación di-

recta con el tratamiento y, sobre todo, con la aplicación de la sinfisistomía á este caso particular.

MECANISMO DEL PARTO.

Juzgamos enteramente inútil describir aquí con todos sus detalles el mecanismo del parto en posición posterior de vértice.

Sólo nos detendremos en el movimiento de rotación. Este sí ofrece grande importancia práctica, puesto que, como después veremos, en él estriban todas las dificultades de este alumbramiento; sus fenómenos distócicos dependen de la falta de rotación hacia el pubis; la discusión entre los parteros extranjeros y mexicanos sobre el mejor modo de intervenir, versa sobre el mismo movimiento, y por último, la falta de rotación, junto con la imposibilidad de provocarla con los medios conocidos, nos suministra la indicación de agrandar momentáneamente la pelvis para este caso un poco excepcional, pero no imposible.

Supongamos que ya la cabeza disminuyó su volumen por el movimiento de flexión, que comenzó á descender; pero la longitud del cuello del producto menor que la pared posterior de la pelvis, detiene este movimiento hasta que tenga lugar el de rotación, ó lo que es lo mismo, hasta que el occipucio, partiendo de las sínfisis sacro iliacas, se ponga en relación, primero, con una extremidad del diámetro transverso de la pelvis; segundo, con la extremidad anterior de uno de los oblícuos; y tercero, con el extremo anterior del coxipúbico, con el pubis.

Por esta breve exposición, vemos que la cabeza

tiene que recorrer, para salir, un camino más largo y aparentemente más difícil que si la rotación la hiciera hacia el sacro, puesto que, en este último caso, sólo recorre un octavo de círculo, mientras que en el primero recorre tres octavos.

Estudiando las ventajas de la rotación hacia adelante, comprenderemos por qué razón la cabeza sigue este camino largo.

¿Cuáles son las desventajas de la rotación hacia el sacro y las ventajas de la rotación hacia el pubis?

Antes de entrar en este estudio, debemos advertir que hacemos omisión completa de los casos excepcionales de fetos muy pequeños ó muertos, y de pelvis muy amplias.

Si la rotación no tiene verificativo ó se hace hacia atrás, desde luego el descenso de la cabeza resulta extremadamente difícil, puesto que siendo más pequeña la longitud del cuello del producto que la pared posterior de la pelvis, para que la cabeza descienda, con ella deberá descender parte del tronco; al diámetro sub occípito frontal sucederá desde luego el cervico-frontal, y después el dorso frontal, que teniendo respectivamente 10 y 11 centímetros, son los mayores de la cabeza doblada. Al mismo tiempo que la cabeza, tendrá que entrar en la pelvis el diámetro biacromial.

No sólo por esto la rotación hacia atrás peca contra las leyes de la mecánica. Para que la cabeza recorra el canal pélvico con toda libertad, debe siempre, como lo ha observado Hubert, no dejar nunca espacio vacío entre ella y la pelvis, puesto que cualquier espacio vacío, es espacio perdido, y espacio perdido es diámetro pélvico acortado. Si la cabeza gira hacia adelante, embona perfectamente su re-

gión occipital con el arco del pubis, disminuyendo sus diámetros antero posteriores; la frente convexa corresponde perfectamente á la concavidad de la escotadura siática primero y del sacro después. Si la cabeza no gira, la nuca y la parte posterior del cuello, cóncavas y sostenidas por un tallo rígido (columna vertebral), dejan un espacio libre entre ellas y la escotadura siática ó la cara anterior del sacro; la frente, muy alta, no se encaja bajo el arco del pubis. Luego en este caso se desaprovechan algunos diámetros de la pelvis, que de este modo resulta estrecha, sin serlo realmente, y la extremidad de los diámetros antero-posteriores de la cabeza no sale del recinto pélvico por el arco del pubis, como pasa cuando el occipucio viene hacia adelante.

Pero supongamos, por un momento, que debido á la amplitud de la pelvis ó á la pequeñez del producto, no obstante el encajamiento simultáneo de la cabeza y tronco y el desperdicio de espacio útil en la pelvis, el movimiento de descenso se ha operado; falta otro no menos importante: el desprendimiento de la cabeza. Si el occipital se encuentra bajo el arco del pubis, este arco sólido, inextensible, le sirve de punto de apoyo, y sobre él, la cabeza hace su movimiento de extensión con toda libertad, sin distender exageradamente el perineo y la vulva, puesto que (como ya lo hemos dicho), la extremidad occipital de los diámetros occípito-frontal y occípito bregmático, encontrándose fuera de la pelvis, los disminuye considerablemente.

Todo lo contrario acontece cuando el occipital ve hacia atrás; en este caso el perineo, tabique músculo membranoso, poco resistente, hace las veces de polea para que el movimiento de extensión se haga,

y habiendo quedado la región frontal detenida por el cuerpo del pubis, los diámetros suboccípito-frontal y suboccípito-bregmático, se encuentran íntegros, no han salido de punta, y por consecuencia, no han sufrido acortamiento; de todo esto resulta que la vulva y el perineo tienen que sufrir una enorme distensión; distensión que termina muy comunmente con la producción de enormes desgarraduras perineales que no tendríamos que temer si la rotación hacia adelante se hubiera efectuado.

Con estas breves consideraciones, queda plenamente demostrado por qué la sabia naturaleza ejecuta, siempre que no hay fuerzas mayores que se lo impidan, la rotación de tres octavos de círculo en vez de uno.

Hubert ha demostrado claramente que el movimiento de rotación es el producto de la acción de las resistencias pélvicas sobre el móvil fetal impulsado por las contracciones rítmicas de la matriz. Recordando la "ley de Hubert," llamada "ley de las rotaciones," podremos ver cómo este ilustre partero explica la acción de las citadas resistencias sobre la cabeza y dorso del engendro.

Dicha ley dice así: "Cuando dos fuerzas ó dos resistencias se ejercen sobre un móvil en sentidos contrarios, pero sin ser directamente opuestas, tienden á imprimirle un movimiento de rotación." El diámetro dorso-frontal es el que en este caso tiene que dar el punto de acción á dichas fuerzas; su extremidad dorsal encuentra, con toda evidencia, menos resistencias hacia una de las fosas iliacas que hacia el promontorio, y por otro lado, su extremidad frontal encuentra resistencias mucho más considerables hacia el pubis que hacia uno de los diámetros transversos;

luego: dos resistencias iguales y contrarias (promontorio y pubis), ejerciéndose sobre el móvil (cabeza) y no siendo directamente opuestas, le imprimen un movimiento de rotación.

Nuestro maestro, el Dr. Gutiérrez, expresó perfectamente estas ideas, en su Memoria leida en el primer Congreso Médico Mexicano, con las siguientes palabras: "No se necesita ni un grande esfuerzo "de imaginación, ni conocimientos especiales en me-"cánica para comprender que el dorso del feto en-"cuentra más obstáculos para adaptar su superficie "convexa á la curvatura de la columna vertebral "que hacia la pared lateral de la gran pelvis; que "mientras el cuello fetal y con él los hombros rue-"dan perfectamente sobre la línea innominada, no "lo podrán efectuar sobre el promontorio, y que á "su vez el occipital tiene más tropiezos en el cami-"no del sacro que hacia el arco púbico, sucediendo "lo contrario con la región frontal." Como se ve claramente por esta exposición, el movimiento de rotación debería efectuarse siempre por dos razones: 1ª, porque de este modo la cabeza encuentra menos obstáculos en su camino, y 2ª, porque este movimiento se efectúa sólo por la acción recíproca de las fuerzas de la matriz y las resistencias del canal. Sin embargo, por desgracia, esto que en el extranjero es verdad, en nuestra patria está muy lejos de serlo. Aquí todos los parteros convienen en que la rotación se observa algunas veces en las multíparas; pero en las nulíparas casi nunca tiene lugar. He aquí el motivo por que este asunto ha sido y será siendo el objeto de estudios asiduos de parte de nuestros tocólogos.

INFLUENCIA DE LA PELVIS MEXICANA.

Desde este momento todas nuestras consideraciones se referirán á las nulíparas, dejando á un lado las multíparas, puesto que en ellas no hay la causa de distocia que venimos estudiando.

De una manera general, la pelvis mexicana se distingue de la extranjera por los siguientes caracteres: 1º. Todos sus diámetros, tanto del estrecho superior como del inferior y de la excavación, son más pequeños. 2º. Esta diminución se nota sobre todo en el diámetro antero-posterior del estrecho inferior, que en México mide, según los promedios asentados por el Dr. Jesús Sánchez en su tesis inaugural, 97.2 milímetros en vez de 11 centímetros que le conceden los autores extranjeros. 3º. Esta diminución resulta de la mayor longitud é inclinación de los pubis; en México su inclinación es de 50° y su longitud es, según el Sr. Dr. Juan Mª Rodríguez, desde 5 hasta 7 y 8 centímetros, y de 4 centímetros y 6 milímetros, según el término medio obtenido por el Dr. Sánchez, mientras que los autores extranjeros, como Nœgele, Cazeaux y Sappey le dan 40 milímetros como máximum. 4º. La mayor inclinación del estrecho superior que ofrece 65° (J. Sánchez), mientras que en la pelvis de ultramar es de 60°; y 5º. De la reunión de todos estos factores resulta, que la vulva, de escasas dimensiones, casi horizontal, ve directamente hacia abajo y el perineo es muy pequeño. Los ejes de los dos estrechos varían. El Sr. Rodríguez los describe así: "El eje del estrecho superior parte "de un punto un poco más abajo que la cicatriz um-"bilical, y prolongada su trayectoria pasa rozando el

"vértice del coxis. El eje del estrecho inferior que "parte del centro del plano respectivo, no toca el "punto de unión de la primera y segunda vértebras "sacras sino otro más alto, vecino del promontorio "y algunas veces pasa delante de éste."

Pero todos estos factores diferenciales resultan del que sin temor de equivocarnos podemos llamar característico de la pelvis en México: "mayor longitud é inclinación de los pubis:" ahora bien, si consultamos autores extranjeros, nos encontramos con esta idea de West que concuerda perfectamente con lo que se observa en nuestra patria. Este autor, ha observado que siempre que no se produce la rotación en una posterior de vértice, la cabeza no está bastante doblada y hay aumento en la longitud de la sínfisis.

Al explicar las causas del movimiento de rotación, hemos dicho: que la cabeza, encontrando mayores tropiezos hacia el promontorio que hacia una de las fosas iliacas, sigue el camino que le ofrece menos obstáculos, esto es, hacia adelante; pero dada la constitución de la pelvis de la mujer mexicana que ofrece sólo 13 centímetros en vez de 13.5, en el diámetro transverso del estrecho superior, y 11.4 en la excavación en vez de 12, resulta que siendo el camino menos amplio, lo natural es que la cabeza encuentra mayores dificultades para reconocerlo. Llegada á la excavación y suponiendo el dorso-frontal conjugándose con uno de los transversos, hemos visto, que como estos diámetros disminuyen paulatinamente, mientras que los antero-posteriores aumentan, la cabeza continúa su excursión hacia el pubis: llegada al estrecho inferior, vemos que el diámetro transverso tiene 102.^{mm}9 mientras que el coxi-

público tiene 97.mm2 á lo más; en consecuencia, las mayores resistencias las ofrece éste, y las menores el transverso y los oblicuos. En resumen: la desproporción entre los diámetros fetales y los pélvicos, es, con suma evidencia, la causa de la ausencia de rotación entre nuestras primíparas, puesto que permaneciendo los mismos los primeros, los últimos son más cortos.

Mac-Donald (archivos de Tocología, 1875, págs. 23 y 102), dice que la cabeza no efectúa su rotación hacia adelante, cuando es demasiado grande, con relación á la pelvis; pues bien, en México pasa lo mismo, puesto que la pelvis es demasiado pequeña con relación á la cabeza.

A todos estos factores, se añade lo observado por el Dr. Carbajal, para explicar la dilatación lenta del cuello y la ruptura prematura de la bolsa de las aguas: la falta de coincidencia entre los ejes fetal y uterino. Bien conocido es que el resultado útil de las fuerzas desarrolladas por la contractilidad del músculo de la gestación, es una línea que corresponde exactamente al eje de la matriz; pero como un feto que se presenta por el vértice y tiene el dorso hacia atrás, tiene su eje colocado atrás del uterino, resulta que una buena parte de las fuerzas desplegadas por el músculo de la gestación, se pierde en compresiones inútiles de la cabeza contra la pared posterior del canal y sólo otra parte tiene un efecto útil. En suma, un feto en posición posterior para ser expulsado, es un móvil que permaneciendo siempre el mismo, se le aumentan las resistencias que tiene que vencer á la vez que se le disminuye la fuerza que lo debe expulsar.

Para terminar este capítulo, veamos por qué ras-

gos generales se caracteriza un parto en occípito-posterior en una primípara mexicana; así comprenderemos por qué razón es tan justamente considerado como distócico y cuáles eran los fundamentos del Sr. Dr. Rodríguez para comparar sus dificultades á las que presentan los partos de cara en mento-anterior.

Sin ir más lejos, la primera dificultad reside en el diagnóstico (que muchas veces no se hace hasta que se ve desprender la cabeza). Durante el embarazo puede inducir á error la auscultación. Muy frecuentemente el médico coloca su estetoscopio sobre la pared anterior del vientre de la madre, que corresponde al plano esternal del producto, y oyendo con toda claridad é intensidad los latidos, cree que éstos se han transmitido por el dorso fetal y diagnostica una 1.ª ó 2.ª de vértice.

Para evitar este error, el médico debe siempre tener en cuenta los datos que da la palpación, y antes de auscultar debe asegurarse del lugar que ocupa el dorso del feto para colocar ahí su estetoscopio. El Sr. Profesor Gutiérrez aconseja desconfiar siempre de la auscultación hecha sólo hacia adelante, y por ese motivo recomienda auscultar siempre sobre los planos laterales del vientre, en los lugares á que corresponde el dorso en las posteriores y fijar con gran cuidado dónde se encuentra el máximum de los latidos. De este modo el partero se pone á salvo de una equivocación.

Durante el parto, el tacto es muchas veces infiel, sobre todo cuando existe una giba sanguínea sobre la cabeza (lo que es sumamente frecuente), que impide que el partero se forme una idea exacta de la posición. Para zanjar esta segunda dificultad, el Dr.

Capetillo aconseja introducir el dedo entre los planos laterales de la cabeza y el cuello de la matriz; tocando el pabellón de la oreja, procurar doblarlo, de modo que siempre la frente queda hacia el lado donde es posible la flexión de dicho órgano. El profesor Zárraga da las siguientes reglas que, además de ser sencillas, fáciles de retener y seguras, son practicables en todos los casos y no molestan absolutamente á la parturiente, puesto que no exigen la introducción del dedo dentro de la cavidad de la matriz.

1.ª Siempre que haciendo el tacto se encuentre la sutura sagital, correspondiendo al diámetro oblícuo de la pelvis, del mismo lado que se oye el máximum de los latidos fetales, la posición es anterior.

2.ª Siempre que la sutura sagital corresponda á un diámetro oblícuo de la pelvis, de nombre contrario al lado donde se perciben más intensos los latidos, la posición es posterior.

Vencida la primera dificultad, durante el embarazo, se presentan en seguida otras mayores. Desde luego la paciente sufre grandes dolores y durante mucho tiempo; si el partero hace entonces el tacto, observa que á pesar de estos grandes sufrimientos la dilatación es nula ó muy pequeña; los dolores continúan y la dilatación apenas avanza; no se ha completado ésta aún, cuando se rompe la bolsa de las aguas, escurren éstas y el producto de la concepción comienza á sufrir las consecuencias de la falta del líquido amniótico, principiando de este modo á peligrar su vida. Continúan los sufrimientos de la madre y el feto comienza á descender; pero llegada la cabeza al piso perineal, el descenso del producto se detiene (por la falta de rotación). No obstante es-

to, la matriz continúa haciendo supremos esfuerzos sin resultado alguno; poco á poco éstos son menores, y en corto plazo el músculo uterino es atacado de inercia: "la inercia uterina; la muerte probable del producto, el agotamiento de la mujer y todos los accidentes debidos al encarcelamiento de la cabeza en la excavación pélvica, imprimen un sello especial á este parto eminentemente difícil y peligroso." (M. Gutiérrez).

Pasemos ahora á ver cuál debe ser la conducta del partero en un caso semejante, tomando siempre por norma las ideas de mi maestro el Dr. Gutiérrez, que son el fruto de su larga experiencia y de su sano criterio.

TRATAMIENTO

Una occípito-posterior en nulípara, exige casi siempre la ayuda del partero para poder rodar.

De una manera general, esta ayuda es eficaz en el mayor número de casos; pero hay otros en que ninguno de los procedimientos usados para convertir posteriores da resultado. Esto nos obliga á dividir en dos el capítulo del Tratamiento.

En el primero nos ocuparemos de las Occípito-posteriores reductibles; en el segundo de las Occípito–posteriores permanentes.

TRATAMIENTO DE LAS "OCCÍPITO–POSTERIORES REDUCTIBLES."

Con todo lo que hemos dicho de las inmensas ventajas que resultan al producto y á su progenitora con el movimiento de rotación, ¿podrá caber alguna duda sobre si el partero debe ó no intentarlo, cuando los esfuerzos naturales han sido vencidos? Pu-

diera parecer que no, y sin embargo, parteros afamados de ambos mundos son acérrimos partidarios de extraer al feto por medio del fórceps y con el dorso hacia atrás. Entre los extranjeros podremos citar hombres de justo renombre, como Cazeaux, Levret, Baudelocque, Naegele, Pajot, etc. Entre nosotros, dos de nuestros grandes tocólogos son partidarios de la extracción en occípito-sacra: los profesores Rodríguez y Capetillo. En sesión del 6 de Noviembre del año pasado del "2º Congreso Médico Mexicano," el Dr. Alberto López Hermosa, catedrático de obstetricia en la Escuela de Medicina de San Luis Potosí, leyó una Memoria titulada: "Contribución al estudio de las posiciones occípito-posteriores permanentes y al de su mejor tratamiento," en el que se coloca en el bando de los partidarios de la extracción directa, y recomienda como muy ventajoso para estos casos, el uso del fórceps de Tarnier. En este estudio presenta varias observaciones de occípito-posteriores llevadas por él á buen término, en pluríparas, y usando el fórceps citado.

El primer partero que hizo girar el occipital hacia adelante, fué Smellie, y el primer partidario de esta práctica entre nosotros, fué el Sr. Dr. Aniceto Ortega, quien usando del fórceps recto, obtenía magníficos resultados en la Maternidad.

Los Sres. profesores Gutiérrez y Zárraga, convencidos de las ventajas que se obtienen provocando la rotación, siempre se han colocado en el campo contrario al de la extracción directa, recomendando á sus discípulos que en todo caso se intente llevar al occipital bajo el arco del pubis. Veamos las razones que los asisten para aceptar dicha práctica.

Es ya un axioma en Tocología, que la conducta

de todo partero, debe ser procurar siempre imitar á la naturaleza, ayudarla y nunca contrariar sus leyes. Para ello puede usar de tres maneras: 1.ª, aumentar las fuerzas expulsivas; 2.ª, disminuir las resistencias, y 3.ª, usar de estos dos medios á la vez. Pues bien, en el caso de occípito-posteriores, el tercer medio es enteramente accesible al práctico; está en su mano el poder disminuir las resistencias, á la vez que aumentar la potencia. Hemos visto que las resistencias resultan de la desproporción de forma y volumen entre el móvil y el camino por recorrer; si el partero logra disminuir el volumen de la cabeza, ó aumentar la capacidad de la pelvis, habrá ayudado á la naturaleza, y por lo tanto, obtendrá mejores resultados que si se empeña en sacar á fuerza una cabeza muy grande por una pelvis muy pequeña. Ahora bien, teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, por el movimiento de rotación se obtienen ambos beneficios: 1.º Por la rotación disminuye el volumen de la cabeza. Esta diminución no es más que relativa, puesto que cuando una cabeza desciende con el occipital hacia adelante, el diámetro sub-occípito bregmático es el que soporta las resistencias del canal; mientras que si la cabeza, incompletamente doblada, desciende en occípito sacra (por las razones asentadas), son los diámetros cervico-frontal y dorso-frontal los encargados de franquear el conducto pélvico. Así es que el partero, al producir la rotación de la cabeza, disminuye su volumen al mismo título que lo hace la flexión de la misma; primer tiempo de todo parto por el vértice.

Igualmente hemos demostrado, al hablar del mecanismo de este alumbramiento, cómo, cuando la

rotación se hace hacia el sacro, hay desperdicio en alguno de los diámetros pélvicos, diámetros que de este modo, para el resultado práctico, resultan pequeños, aunque en realidad no lo son.

2.º La rotación aumenta la potencia, puesto que coloca el eje fetal en coincidencia con el uterino.

En resumen, el partero debe siempre intentar el movimiento de rotación, pues que la naturaleza así lo hace en los casos normales, y de este modo obtiene las siguientes ventajas: A. Los diámetros cefálicos que soportan las resistencias del canal, son más pequeños. B. Los diámetros pélvicos se aprovechan en toda su longitud. C. Las fuerzas desplegadas por la matriz, según su eje, obran siguiendo el eje fetal y el del estrecho superior. D. Los diámetros longitudinales de la cabeza salen de punta. E. La extensión de la misma se hace sobre el arco púbico, y el el perineo no se encuentra así comprometido; y F. De todo esto resultan para el producto todas las ventajas de un parto rápido.

En este momento ocurre el siguiente problema: ¿Por la ejecución de las maniobras necesarias para llevar el occipital de la escotadura siática al pubis, podrá resultar algún daño al producto de la concepción? He aquí el principal argumento de los partidarios de la extracción directa. Pero este asunto no ofrece ya la menor duda desde que Tarnier, en 1864 y 1872, y Madame Henry, en 1890, emprendieron sus conocidas experiencias. Fueron hechas reemplazando la médula del feto por una columna líquida, cuyas variaciones de presión traducían el grado de compresión de la médula, al verificarse la flexión forzada de la cabeza, necesaria para extraerla directamente; mientras que al hacer la rotación,

la presión del líquido permanecía la misma; lo que prueba claramente que la flexión, comprimiendo la médula, pone en peligro al producto de la concepción, mientras que la rotación es del todo indemne. Tanto más, cuanto que los mismos experimentadores han demostrado que la rotación de la cabeza no se hace sobre la articulación atloido-axoidea, sino sobre las vértebras cervicales y primeras dorsales, lo que tiene por resultado que al girar la cabeza, tiene que girar con ella el tronco.

Todo lo dicho nos lleva á la siguiente conclusión: que el movimiento de rotación es necesario. Nos queda ahora por ver cuáles son los medios de que se puede disponer para llevarlo á cabo.

Este es un asunto muy conocido de todos los prácticos y que ha sido agotado en todas las monografías escritas en México sobre el particular; todos los métodos propuestos por los autores han sufrido ya, de parte de nuestros maestros, la crítica justa. Atenido á esto y á la poca importancia que en este mal encuendado trabajo tendría la exposición de todos los procedimientos, manuales é instrumentales, propuestos para llevar el occipital hacia el arco del pubis, nos conformaremos con pasar en revista los más aceptados en México por los resultados que han dado en la práctica á los Sres. Dres. Ortega, Carbajal, Gutiérrez y Zárraga, que son los que más se han preocupado entre nosotros por esta importantísima maniobra.

El Dr. Carbajal, en una Memoria presentada al "Primer Congreso Médico Mexicano," dió á conocer un procedimiento profiláctico que le pertenece y que tiene por objeto hacer la corrección antes del encajamiento de la cabeza y de la dilatación del cuello.

Su procedimiento consiste, previa la anestesia de la enferma, en introducir uno ó dos dedos por el recto, hasta alcanzar al occipital y obrar sobre él, llevándolo hacia adelante. Un ayudante obrando sobre el vientre, completa esta maniobra.

Este procedimiento no ha tenido aceptación de parte de nuestros prácticos, quienes le han imputado varias objeciones. Muchas mujeres no consienten en la introducción de los dedos por el recto (esto lastima mucho más su pudor que cualquiera maniobra vaginal); tampoco admiten la administración del cloroformo, si no es cuando están agobiadas por los dolores ó se les va á operar en el momento del parto; el partero obra sobre el brazo de palanca más corto de la cabeza, en cambio la resistencia se ejerce sobre el más largo; el brazo sobre el que obra el operador, se mide por la distancia que hay entre el atlas y el occipital, que es más pequeña que la que separa el atlas de la barba, brazo de resistencia; y, por último, si las maniobras manuales como la de Tarnier, hechas directamente sobre la cabeza, tomando en ella un punto de apoyo y sin intermedio de tejido alguno, fracasan casi siempre, mayores motivos hay para que fracase la del Dr. Carbajal, puesto que la mano obra por intermedio del tabique recto-vaginal. Creemos que esta última objeción no tiene razón de ser, por no haber igualdad entre las dos maniobras: la de Carbajal se hace sobre la cabeza no encajada, y la de Tarnier sobre la cabeza encajada y el cuello dilatado.

Pasando al estudio de los procedimientos manuales, podremos decir que el Sr. Dr. Carbajal afirma que en ciertos casos es posible verificar la rotación, introduciendo la mano dentro de la cavidad de la

matriz para tomar la cabeza por los parietales, haciéndole ejecutar un movimiento de rotación. Tiene una observación en que se apoya para recomendar esta maniobra, que posteriormente ha publicado Charles con el nombre de procedimiento de Loviot.

El Dr. M. Gutiérrez, tres veces ha logrado convertir posteriores por maniobras manuales.

Entre las maniobras manuales, hechas cuando ya la dilatación del cuello es suficiente, la más importante es la propuesta por Tarnier.

Este eminente partero observó, que como la cabeza se desliza muy fácilmente entre las manos del operador, éste debe encontrar un punto de apoyo introduciendo su dedo tras de la oreja del feto para efectuar la rotación durante una contracción. Este procedimiento, aunque es enteramente racional, adolece de uno de los defectos señalados al anterior: obra sobre el brazo de palanca más corto y, además, toma un punto de apoyo que no ofrece las condiciones de solidez necesarias, motivos suficientes para que las más de las veces sea ineficaz. No pasa lo mismo con los procedimientos instrumentales: la aplicación de la palanca ó del fórceps.

El uso de la palanca, recomendado por Hubert y Tarnier, no ha tenido la aceptación que merece en todos estos casos, debido á la poca ó ninguna boga de que goza actualmente este instrumento en la escuela francesa. No obstante esto, en México el Dr. Ricardo Vértiz, uno de nuestros más distinguidos parteros, comprendiendo las utilidades de la palanca, la usaba frecuentemente.

Posteriormente el Dr. Fernando Zárraga, convencido de los servicios que puede prestar este instrumento, para convertir posiciones posteriores en an-

teriores, se ha encargado de darle el lugar que le corresponde, recomendando su uso y haciendo aplicaciones felices en parturientes en que los otros medios habían fracasado en manos de hábiles operadores. Entre estos medios debemos contar la extracción directa por el fórceps.

Para hacer la conversión de una posterior en anterior, debe aplicarse la palanca oblícuamente, ó lo que es igual, en la dirección del apófisis mastoide á la barba; en seguida hacer el movimiento helicoidal de Madame Lachapelle para llevar al occipital hacia el diámetro transverso, si la cabeza está en el estrecho superior, y hacia adelante si se encuentra en la excavación ó estrecho inferior. La maniobra debe hacerse durante las contracciones.

Como ejemplo podemos citar la siguiente observación: "*A la Casa de Maternidad ingresó el día 9 de Julio del año pasado Cruz Pacheco, de 22 años, de Zumpango, nulípara; su embarazo era de 8 y 1/2 meses, el niño vivo se presentaba en 4ª de vértice; el parto se verificó el día 10 y duró veinte horas. Como no giraba la cabeza y el parto se prolongaba demasiado, con dolores poco intensos é irregulares, se aplicó por el Jefe de Clínica, Dr. Zárraga, la palanca flamenca, y á la vez que se hizo rodar la cabeza se corrigió una inclinación sobre el parietal derecho. Para extraer el feto fué precisa una aplicación de fórceps. El niño nació vivo.*"

Tan útil como la palanca es la aplicación de fórceps. Con el objeto de facilitar nuestra exposición, la haremos usando de un ejemplo: Supongamos una O. I. D. P.; para aplicar el fórceps, debemos comenzar por introducir la rama macho hacia atrás, correspondiendo á la escotadura siática izquierda; en

seguida la rama hembra hacia adelante, correspondiendo al agujero oval derecho, de modo que el instrumento queda aplicado en la dirección del oblícuo derecho de la pelvis; una vez articuladas las ramas, procedemos á la extracción. Si el partero deja el occipital hacia atrás, imprime al fórceps un movimiento de rotación, llevando la extremidad de los mangos, del muslo izquierdo de la paciente, á la línea media; por lo tanto, la curvatura pélvica de las cucharas queda viendo directamente hacia adelante, y por consecuencia el occipital ha girado hasta la concavidad sacra. Este primer tiempo no ofrece ninguna dificultad ni peligro. El segundo tiempo tiene por objeto producir la flexión forzada de la cabeza, para lo cual se llevan las extremidades de los mangos hacia arriba, directamente sobre el pubis; de este modo se hace salir al occipital delante de la comisura vulvar posterior. Al efectuar este segundo tiempo, se presentan todas las dificultades que hemos señalado como inherentes á la extracción directa. En muchos casos no se logra, y los más, á pesar de que el partero teme la producción de una desgarradura perineal y trata de evitarla, haciendo la maniobra con gran cuidado y con la mayor lentitud posible, no lo logra, y ve producirse grandes traumatismos, que seguramente serían evitables llevando hacia adelante el occipital. El tercer tiempo tiene por objeto el desprendimiento de la cabeza; se verifica abatiendo las ramas para extenderla del lado del perineo. Nueva causa de desgarradura perineal.

Supongamos ahora, que una vez aplicado el fórceps, como hemos dicho, se intente rodar la cabeza hacia adelante. En este caso debe combinarse este

movimiento con el de descenso, llevando los mangos hacia el muslo izquierdo primeramente, y después directamente hacia atrás. Pero en esta situación, la curvatura pélvica del instrumento queda viendo hacia el sacro, contra las reglas para las aplicaciones correctas de fórceps; la extracción no se puede hacer si no es comprometiendo grandemente las partes blandas. Por tal motivo, algunos autores como N. Charles, aconsejan sacar el instrumento y dejar la continuación del parto á los solos esfuerzos de la naturaleza, lo cual no es lógico si se tiene en cuenta que comunmente la matriz en estos casos está atacada de inercia á consecuencia de los muchos esfuerzos que ha desarrollado antes sin efecto útil. Para evitar esta dificultad hay tres medios: 1.° La doble aplicación del fórceps curvo. 2.° La maniobra de Loviot; y 3.° El fórceps recto.

Algunos parteros aplican el fórceps curvo dirigiendo su curvatura pélvica hacia atrás, viendo hacia el occipital, de modo que hecha la rotación, la extracción se puede operar conforme á las reglas. Las dificultades que este proceder acarrea han hecho que no se acepte en la práctica.

Los partidarios de la doble aplicación transforman, primeramente, la posición posterior en transversal, en seguida sacan el instrumento para aplicarlo de nuevo en sentido contrario, esto es, dirigiendo hacia el occipital la curvatura pélvica, completan la rotación y extraen la cabeza. Este procedimiento tiene el inconveniente de ser largo y doloroso.

La maniobra de Loviot no adolece absolutamente de los inconvenientes de los anteriores. Aunque peca contra algunas de las reglas para aplicar el fórceps correctamente, ofrece la ventaja de no exigir

más que una sola aplicación. Tiene de especial que en vez de aplicar las cucharas en el diámetro vacío de la pelvis, las coloca en el diámetro ocupado por el extremo cefálico. Suponiendo una 3.ª de vértice, las cucharas deben quedar aplicadas en el diámetro oblícuo izquierdo.

Debe introducirse primeramente la rama posterior, para facilitar la introducción de la anterior é impedir retroceder al occipital. Ahora bien, esta maniobra no surte más que en manos muy ejercitadas en el uso del fórceps, y aun en éstas no siempre es posible llevarla á buen fin.

El fórceps recto es, sin duda alguna, tan útil como la palanca, motivo por el cual el Sr. Dr. Gutiérrez, á pesar del abandono que ha sufrido este instrumento, lo recomienda como magnífico recurso para estos casos. Hemos dicho ya, que cuando se hace necesario intervenir para rodar una posterior, es cuando la cabeza se encuentra en la excavación detenida á causa de las pequeñas dimensiones del cuello del producto; pues bien, en la excavación, el fórceps recto encuentra su campo de acción, el operador lo aplica y hace la conversión sin preocuparse de la curvatura pélvica de las cucharas, por lo tanto, sin temer la producción de lesiones en la madre, ni el hijo. Este instrumento, del mismo modo que la palanca, no tiene más objeto que verificar la rotación; logrado esto, ó se deja la continuación del parto á la naturaleza, ó se aplica el fórceps curvo para hacer la extracción.

El día 6 de Mayo de 1893, los Sres. Gutiérrez y Zárraga asistieron un parto en 4.ª de vértice. Ambos profesores hicieron una aplicación directa de fórceps sin obtener ningún resultado; en seguida in-

tentaron la rotación por la palanca, y aunque esto se lograba, tan pronto como se extraía el instrumento, el occipital volvía hacia atrás. Se logró mantener la posición anterior y extraer la cabeza después de una doble aplicación de fórceps. No hubo la más pequeña lesión de las partes blandas. Este caso nos enseña que no siempre la palanca llena la indicación, motivo por el cual el Dr. Zárraga, acérrimo partidario de este instrumento, exclamó: "el fórceps recto nos hubiera surtido á maravilla."

Hasta aquí, la teoría nos ha demostrado la necesidad de girar la cabeza cuando no se hace por las fuerzas naturales; veamos ahora si los resultados de la práctica son conformes ó contradictorios á lo expuesto.

Con ese objeto nos bastará citar aquí las palabras vertidas por el Dr. Gutiérrez ante el "Primer Congreso Médico Mexicano." Refiriéndose á las consecuencias de la extracción directa, dijo así: "Comenzando por lo que se tiene á la vista, ¡qué destrozos en el perineo, que hágase lo que se hiciere se desgarra al 2.° y aun al 3er. grado, con todos los inconvenientes de la caída de la matriz y de la vagina, penetración de las materias excrementicias, etc., etc.! Es cierto que la cirujía más elemental permite al médico remediar estos accidentes y llenar este primer requisito de la antisepsia, suprimiendo toda solución de continuidad por medio de la perineorrafia, y de la colporrafia; pero ni es indispensable tener ó no que practicar estas operaciones, ni todas las parturientes las permiten, y aunque así fuera, no siempre surten, porque á veces es tal la contusión de los tejidos, que las suturas fracasan, como lo he observado en la Sra. D. (5 de Mayo 22),

y en cuyas circunstancias creo preferible dejar sin afrontamiento las partes lesionadas."

Si consultamos las observaciones que en este importante trabajo se encuentran asentadas, vemos que de doce casos observados por su autor, sólo dos han sido de pluríparas y los diez restantes de nulíparas. En varios de estos casos se ha verificado la extracción directa (cosa muy frecuente), por error de diagnóstico, tomando por anterior una posterior. Las dificultades que se han presentado, y sobre todo, las consecuencias funestas de las intervenciones, demuestran claramente sus inconvenientes.

Sólo en dos enfermas la extracción no presentó grandes dificultades, una de ellas nulípara y la otra multípara; en todas las demás (cuatro principalmente), la operación fué fatigosa y sus resultados nada halagodores, á pesar de haber usado en dos de estas enfermas el fórceps de Tarnier, tan recomendado para los casos en que hay que desplegar grandes esfuerzos. La palanca se usó con éxito para convertir una de estas posteriores.

Pasemos á referir las observaciones más importantes:

1.ª *La Sra. D. (5 de Mayo 22), nulípara que hemos citado ya (pág. 34).*

2.ª "*Una joven nulípara, domiciliada en la calle del Puente de Jesús María núm. 1 1/2, para cuya asistencia fuí llamado en consulta por el Sr. Profesor Rodríguez y el Dr. Francisco Gutiérrez y que había antes examinado el Sr. Profesor Noriega, en la cual, después de un trabajo prolongadísimo y de tracciones sostenidas por el fórceps,* POR ESPACIO DE DOS HORAS, *no lográndose la terminación del parto, se vacilaba, con toda prudencia, sobre la expectación por*

algún tiempo, en que la paciente, que no consintió en el cloroformo, se rehiciera de su agotamiento ó terminar la operación tan enérgicamente comenzada. Optando por lo segundo y estando de refresco, tocóme mi turno, y desde el principio de los esfuerzos que tuve que desplegar y que duraron UNA HORA MÁS, *pude aseverar que la resistencia era de las que se encuentran en los casos de posición posterior. . . . Tras algunos fenómenos de puerperio difícil, una fístula vesico-vaginal fué la corona de la obra, y se necesitó practicar tres veces la operación necesaria para obturarla. En alguna de las sesiones tuve el gusto de acompañar al operador Prof. Mejía, y á los Dres. Martínez del Villar y Altamira que, conmigo, eran los ayudantes."*

3.ª "*La señora del Dr. P., nulípara, á quien después de un trabajo* DE DOS DÍAS, *por una O. I. I. P. en que la cabeza no giró, practiqué la extracción directa, y tras tal expediente, largo y penoso, y además de la desgarradura perineal que en parte se reparó por la intervención adecuada é inmediata, sobrevinieron lesiones del cuello y de la vagina, las últimas profundas, que sólo con cuidados minuciosos de antisepsia, mantenidos por espacio* DE MÁS DE TREINTA DÍAS, *pudieron remediarse. Esta señora nos suministra la ocasión de ver hasta dónde puede llegar lo nocivo de una intervención; su niño, que nació vivo, tenía en el cuello una pequeña desgarradura que, á pesar de los cuidados que el Sr. Prof. Hurtado le prodigara, se hizo difteria y determinó la muerte. A veces no se tiene que lamentar nada con respecto al feto; pero es que éste ha sucumbido antes de la intervención. La mayoría de los que he tenido ocasión de extraer han nacido vivos."*

4.ª *La Sra. V. (Puente Quebrado 7), tuvo su tercer parto en posición 3ª de vértice; á pesar de la multiparidad, la cabeza no giró, y el feto, de sexo femenino y pequeño, salió con grandes dificultades, pero sin intervención, y al desprenderse el occipital por la comisura posterior de la vulva, desgarró la cicatriz, que una aplicación de fórceps, hecha por otras manos en el primer alumbramiento de la señora, había dejado como huella de su paso."*

A estas observaciones, pertenecientes á la Memoria del Dr. Gutiérrez, añadirémos la siguiente:

La Sra. M. R. de F. tuvo su primer parto el 15 de Marzo de 1893. Fué asistida por el Sr. Profesor Mejía, el cual se encontró con que el parto se había detenido, desde hacía algún tiempo, porque habiéndose presentado el feto en posición posterior, el occipital había girado hacia el sacro. Inmediatamente procedió á aplicar el fórceps de Tarnier, y después de grandes esfuerzos, pudo extraer un feto vivo y de sexo femenino. Como consecuencia de esta operación se vieron varias pequeñas desgarraduras laterales y una central del perineo que el Dr. Mejía procedió á suturar acto continuo; pero introduciendo un dedo por la vagina, se encontró con que ésta estaba en amplia comunicación con el recto; el tabique recto-vaginal había desaparecido, conservando su integridad el esfinter del ano, motivo por el cual aparentemente no había más que las desgarraduras superficiales. Estando en muy malas condiciones de luz la habitación de la enferma, y no contando con más ayudante que una partera, aplazó la sutura para más tarde, para lo cual tuvo la amabilidad de invitarnos á mi compañero el Sr. Rafael Nadal y á mí. Esta sutura fracasó á causa de los malos cuidados de la

partera encargada de hacer los aseos y sondear á la enferma que estaba atacada de parálisis de la vejiga. Esto motivó que el Dr. Mejía emprendiera nueva operación, y que el Sr. Nadal y yo nos encargásemos de mantener la asepsia de las heridas; esta vez el éxito fué completo. La parálisis de la véjiga y un ligero catarro de la misma, permanecieron durante mucho tiempo.

Todas estas enfermas nos pueden servir de tipo para demostrar que la extracción directa es una operación que merece un abandono completo. Aunque son muchos los casos semejantes que conocemos, por no alargar demasiado esta tesis, omitimos algunas otras observaciones, tan elocuentes ó más aún que las citadas.

Tenemos noticia de un parto en occípito-posterior, en que uno de nuestros médicos, habiendo agotado sus fuerzas para extraer un feto con el dorso hacia atrás, y no contando con una persona inteligente que lo reemplazara, se vió obligado á recurrir á un cargador, quien á costa de grandes esfuerzos logró extraer la cabeza, previa una explicación sobre el modo de hacer las tracciones.

Los Dres. Mejía, Zárraga, N. Ramírez de Arellano, Martínez del Campo, Altamira, etc., etc., han sido testigos, ó parte activa, en un número considerable de occípito-posteriores, terminadas de un modo semejante á las observaciones que nos han servido de ejemplo.

TRATAMIENTO DE LAS OCCÍPITO-POSTERIORES PERMANENTES.

Debemos comenzar por definir lo que entendemos por occípito-posteriores permanentes. Comunmente se dice que una posterior es permanennte, cuando el occipital no gira hacia adelante por la acción combinada de las fuerzas expulsivas y las resistencias del canal; nosotros seremos un poco más exclusivos, añadiendo: y además cuando el partero, practicando las maniobras conducentes, no logra verificar la rotación.

El tratamiento de éstas constituye un nuevo problema que, en mi humilde concepto, ha sido resuelto por mis maestros Zárraga y Gutiérrez, dando á la sinfisiotomía una importantísima indicación en nuestra patria, donde felizmente esta operación podrá encontrar rarísima aplicación en pelvis estrechas.

Algunas veces, aunque raras, los procedimientos para rodar cabezas, que hemos bosquejado, no surten. Aunque el operador sea muy hábil en el manejo de la palanca ó de los fórceps curvo ó recto, no logra hacer rodar la cabeza. En estas circunstancias el cirujano se encuentra obligado, ó á hacer la extracción directa, exponiendo gravemente á madre é hijo ó á poner en planta otros medios, si no inofensivos, sí que al menos ofrezcan menos peligros, tanto más cuanto que hay casos en que la extracción en occípito-sacra es impracticable.

Volviendo á lo que ya hemos dicho para elegir la

conducta que debe guiar al cirujano, para imitar siempre á la naturaleza, cuando un parto necesita de su intervención, repetirémos que esto lo logra de tres maneras: por aumento de la potencia, por disminución de la resistencia, ó por los dos medios combinados. Hemos visto también que el primer medio es practicable en el caso, que cuando la rotación es posible, con esto basta para aumentar la potencia y disminuir las resistencias, por el mecanismo fundamental de los partos; sustitución de diámetros mayores con diámetros menores. Mas si esto no es posible, no quedan más que dos recursos: ó disminuir materialmente el volumen de la cabeza (craniotomía, cranioclasia, etc., etc.) ó aumentar la capacidad de la pelvis (sinfisiotomía).

De estos dos recursos, el primero no tendrá aplicación más que en el caso en que el producto de la concepción esté muerto. De ninguna manera y en ningún caso podrá el operador disponer de la existencia del nuevo sér que, aunque no haya visto aún la luz, no por eso deja de tener derecho á la vida. Pero en el caso contrario, es decir, cuando el feto vive, no son sólo los intereses de la madre, sino los del hijo también, los que reclaman los auxilios del arte. No es posible disminuir el volumen del extremo cefálico, ni de una manera relativa por la rotación, ni de una manera absoluta por la embriotomía; no queda más recurso que hacer crecer momentáneamente la capacidad de la pelvis, practicar la sinfisiotomía.

La siguiente observación, recogida en la Casa de Maternidad, es muy elocuente:

Angela Arroyo, de veinticuatro años, de México, nulípara, entró á la Casa de Maternidad con un

embarazo á término, encontrándose el producto en O. I. D. P. Parió el día 5 de Julio del año pasado, habiendo durado el trabajo treinta horas. Como la cabeza no giraba por sí sola, se intentaron los medios manuales é instrumentales recomendados para el caso, entre ellos la aplicación de fórceps por el procedimiento de Loviot, y no se logró hacer la rotación. COMO TAMBIÉN FUÉ IMPOSIBLE DESPRENDER LA CABEZA EN OCCÍPITO-POSTERIOR Y EL FETO ESTABA MUERTO, *se practicó la craniotomía (perforador de Blot) y después la cefatotripsia (cefalótribo de Baylly), logrando así extraer al feto. La mujer estaba en malas condiciones antes de operarla, agotada por un trabajo prolongado y una aplicación de fórceps hecha fuera de la Maternidad sin éxito y que ocasionó una desgarradura perineal en primer grado. El médico que la asistió en la calle le administró cuernecillo de centeno en fuertes dosis. Le quedó como consecuencia una paresia muy marcada de los dos miembros inferiores. El día 31 del mismo mes de Julio, aparecieron fuertes dolores en las piernas paralizadas y edema en la izquierda. La temperatura llegó á ascender á 38·7. La enferma abandonó en este estado la Maternidad y no conocemos su suerte.*

La sinfisiotomía, operación imaginada por el estudiante Sigault en 1768, y practicada por él mismo, nueve años más tarde, en la ya célebre Souchot, con completo éxito para la madre y el hijo, ha sido y es aún el objeto de las críticas de parteros entendidos desde Baudelocque, hasta todos los actuales partidarios de la operación Cesárea y del parto provocado antes de término. Muchas estadísticas se han publicado ya por la escuela Italiana, rehabilitadora

de la sinfisiotomía, que demuestran que esta operación no ofrece los peligros que los cesarianos le han imputado.

Como absolutamente es nuestro objeto hacer un estudio completo de la sinfisiotomía, ni aun siquiera de sus indicaciones en los estrechamientos pélvicos, que es el punto que tiene tan dividido al mundo de los tocólogos, nós limitaremos á tratar aquellas cuestiones que ofrezcan directa relación con el caso particular, objeto de este incorrecto ensayo.

Con sólo ese fin, desarrollaremos las siguientes cuestiones:

1.ª ¿El aumento de los diámetros de la pelvis mexicana, obtenido por medio de la sinfisiotomía, podrá bastar para extraer un feto vivo, en posición occípito–posterior permanente?

2.ª Si esto es posible, ¿qué peligros corren la madre y el hijo?

3.ª ¿Qué paralelo se puede hacer entre los peligros de la extracción directa y los de la sinfisiotomía?

Para resolver el primer problema, es preciso conocer el mecanismo por medio del cual la sinfisiotomía hace crecer los diámetros pélvicos.

Los impugnadores de esta operación han dicho que los diámetros crecen tan poco, cuando se separan los pubis, que el resultado que se obtiene no compensa en nada los peligros y dificultades de la operación. Esta objeción, como lo han demostrado Farabeuf y Pinard, no tiene razón de ser, y sólo demuestra la inexactitud de las experiencias en que se fundan sus autores.

Estos experimentadores miden el aumento de los diámetros antero–posteriores por líneas oblicuas tiradas del promontorio á las superficies articulares

de los pubis separados. Midiendo así, resulta que el aumento del diámetro sacro-púbico es insignificante; sólo se cuenta por dos milímetros por cada centímetro de separación de los pubis, de modo que aunque se haya llevado la separación á un máximum de siete centímetros, todo lo que se logra son doce ó catorce milímetros de beneficio.

Este modo de medir, bueno sólo en pelvis secas y sin tener en cuenta la cabeza del producto, da prácticamente un resultado falso, pues que no se comprende que una vez separado el arquatum ya no es propiamente el diámetro sacro-púbico el que se debe medir, sino el antero-posterior, que no se puede confundir con los dos sacro-púbicos nuevos. Si en este caso suponemos á la cabeza colocada en posición transversa, con el parietal hacia adelante, vemos que una gran parte de la giba parietal se encuentra encajada entre ambos pubis y haciendo salida fuera del recinto pélvico. En consecuencia, la altura de ese casquete de esfera que se encuentra fuera de los pubis, mide el aumento real y útil del diámetro antero-posterior de la pelvis, ó lo que es lo mismo, á la longitud anterior del diámetro sacro-púbico, se ha añadido la longitud de la perpendicular bajada sobre la cuerda que subtende el arco de círculo de la cabeza que se encuentra fuera de la pelvis, más los dos milímetros de aumento que corresponden á cada centímetro de separación. Así en una pelvis cuyos pubis se han separado un poco más de seis centímetros, se obtiene un beneficio en el diámetro conjugado de treinta y dos milímetros, descompuestos así: veinte milímetros debidos á la salida de la giba parietal, y doce debidos á la separación del arquatum.

Ésta demostración, tan clara y sencilla, pertenece á Mr. Farabeuf, colaborador de Pinard, y permite al partero calcular en el momento preciso, el grado de separación que debe dar á los pubis de una pelvis dada para que permita el paso de una cabeza bien conformada.

Limitándonos nosotros á nuestro caso particular, podremos hacer la siguiente aplicación á la pelvis mexicana normal, tomando siempre como base los promedios que el Dr. Jesús Sánchez consigna en su tesis inaugural, y suponiendo un apartamiento de los pubis de 7 centímetros:

El diámetro antero posterior del estrecho superior tiene 108 milímetros, más 21 debidos al encajamiento de la cabeza entre los pubis, más 14 dependientes de la separación púbica, dan por resultado 108+21+14=143 milímetros como total.

El diámetro antero-posterior del estrecho inferior cuenta 97 milímetros 2, más los 35 de beneficio, dan un total de 132 milímetros 2. Por otro lado, sabemos que el mayor diámetro de la cabeza doblada, es el dorso-frontal, que mide 110 milímetros; de modo que, una vez practicada la sinfisiotomía, este diámetro puede pasar libremente por los 143. que pertenecen al estrecho superior, y los 132.2 al inferior. De aquí podemos deducir, que no hay necesidad de llevar la separación á 7 centímetros, sino que con una separación de 5 centímetros es más que suficiente, puesto que con esto se obtiene un diámetro antero posterior del estrecho inferior, igual á 115 milímetros 2, descompuestos así: 97.2+8+10. Los 8 debidos al encajamiento de la cabeza entre los pubis y los 10 á su separación.

Es lógico suponer que el agrandamiento de la pel-

vis obtenido de esta manera, podrá facilitar extraordinariamente la rotación. Hemos dicho ya que la cabeza sigue, conforme á la mecánica, el camino que le ofrece menor resistencia; que la menor longitud del diámetro antero-posterior, que la del transverso del estrecho inferior, impide la verificación de la rotación en nuestras nulíparas; ahora bien, como por el agrandamiento artificial de la pelvis, se hace mayor al antero-posterior que al transverso, esta causa de distocia desaparece.

2.º ¿Qué peligros tiene la sinfisiotomía en este caso? Este problema está ya casi resuelto á favor de esta operación, con las estadísticas que ha publicado la Escuela Italiana por su parte, y la Francesa por la suya, encabezada por M. Pinard, cuya competencia á este respecto está universalmente aceptada. Estas estadísticas han sido comparadas con las del parto prematuro provocado, y las de la operación Cesárea, que junto con la sinfisiotomía, constituyen los tres medios usados para verificar el parto en caso de pelvis estrecha ó mal conformada. Aquí, en nuestro caso, no tenemos necesidad de hacer este estudio comparativo; sí lo haremos con respecto á la extracción por el fórceps.

Los peligros de la sinfisiotomía, para la madre, pueden ser ó inmediatos ó lejanos. Los primeros son de temer durante la ejecución de la operación, durante el parto y durante el puerperio; los segundos son de temer mucho tiempo después de la operación.

A. Peligros inmediatos: Estos peligros, actualmente, contando con los recursos valiosísimos de la antisepsia, han disminuido de una manera considerable; por tal motivo, si comparamos las antiguas estadísticas de Morisani, con las últimas del mismo

autor, de Spinelli, de Pinard, etc., notamos una diferencia colosal en la mortalidad de madres é hijos, diferencia debida, sin duda, á la antisepsia y al perfeccionamiento del manual operatorio. Para que esto se vea con mayor claridad, pasamos á consignar algunos datos estadísticos.

La primera estadística de Morisani cuenta 80 sinfisiotomías, cuyos resultados fueron como sigue: Madres salvadas, 52; muertas, 20; resultado desconocido, 8. Niños vivos, 33; de los cuales 10 murieron algún tiempo después; muertos luego, 45, y suerte desconocida, 3. (Es de advertir que uno de los embarazos era gemelar). Lo que da un resultado de 31.25 % de mortalidad materna, y 67.90 % de mortalidad infantil, contando los 10 niños que nacieron con vida y después murieron; sin contarlos, la cifra disminuye á 51.85 %

En la segunda estadística del mismo autor, se nota ya un grande adelanto. Comprende 50 casos, entre los cuales hay 2 sinfisiotomías practicadas sobre las mismas mujeres; se salvaron 40 mujeres y se murieron 10; han vivido 41 niños y han muerto 9; lo que da una mortalidad para las madres de 20 %, y para los niños de 18 %.

En el Congreso Internacional, reunido en Roma el año de 1894, el Profesor Morisani presentó su estadística general, que asciende á la suma de 241 sinfisiotomías, obteniendo una mortalidad de 11.6 % para las madres (aun hay que restar de esta cifra 6 casos de muerte por enfermedad intercurrente), y se han perdido 48 niños. Es de advertir que entre estas 241 enfermas, se cuentan las primeras sinfisiotomías practicadas por el autor antes de la antisepsia.

Zweifel, en 23 operaciones no ha tenido ninguna madre muerta y ha perdido sólo dos niños.

La estadística de Spinelli comprende 24 sinfisiotomías practicadas en Nápoles y divididas así: 12 por el Profesor Morisani en la clínica, 5 por el Dr. Novi en la Maternidad del "Grande Hospital de los Incurables," y 7 en la Ciudad por los Dres. Spinelli, Mancusi y otros. Entre todas estas enfermas, ha habido 4 operadas 2 veces y los resultados no podían ser más brillantes, se han salvado las 24 operadas y 23 niños.

En el Congreso de Roma, Mr. Pinard, dijo: que del 4 de Febrero de 1892 al 8 de Marzo de 1894, en la clínica de Baudelocque, se han agrandado momentáneamente 38 pelvis, comprendiendo 36 sinfisiotomías, 1 pulbiotomía y 1 isquiopubiotomía ú operación de Farabeuf. Con los siguientes resultados: para las madres 36 curaciones, 2 muertas, y para los niños, 34 vivos y 4 muertos. Las dos enfermas murieron por causas no imputables á la operación: la 1.ª por septisemia, comenzada antes de que se practicase la sinfisotomía y la 2.ª por obstrucción intestinal, producida por una brida peritoneal. Exactamente lo mismo pasó en los 4 niños muertos: el 1.º murió al tercer día, porque no habiendo sido completamente seccionada la sínfisis, la pelvis no se aguardó lo suficiente; el 2.º, murió el segundo día, por haberse provocado el parto demasiado prematuramente; el 3.º, diez y seis días después de nacer, por una aplicación incorrecta de fórceps que fué la causa de una fractura del frontal, y el 4.º por aplicaciones de fórceps hechas antes de la sinfisiotomía y que habían producido varias fracturas. En consecuencia, tanto la mortalidad de las madres, como la de los hijos, queda reducida á 0.

M. Kufferath (de Bruselas), en 4 sinfisiotomías ha tenido 4 madres y 4 niños salvados.

Exitos tan completos, prueban hasta la evidencia que la separación momentánea de la sínfisis del pubis, no ofrece absolutamente los peligros que se le han imputado. Los principales eran, sin duda, las infecciones, dadas las condiciones de receptividad para los gérmenes patógenos, enteramente especiales y favorables, en que se encuentra una mujer durante el puerperio. Felizmente, en la actualidad, enemigo tan terrible puede ser victoriosamente combatido.

Han sido señalados por los autores otros inconvenientes. Los principales son las hemorragias, las desgarraduras de las partes blandas del canal y de los ligamentos de las articulaciones sacro-iliacas. Como ejemplo de las dos primeras, citaremos la siguiente observación enviada por el Dr. Tellier (de Lyon) á la "Societé obstetricale de France:" *Este cirujano practicó la sinfisiotomía por un estrechamiento pélvico (10 centímetros 3/4 del diámetro promonto-subpúbico). Después de hecha la sección escurrió de una arteria, íntimamente unida á la cara posterior del pubis, del lado derecho, gran cantidad de sangre, como la que da una herida de la radial, y además se presentó una hemorragia en nata en toda la superficie de la herida. Extrajo un niño vivo por medio del fórceps; pero para esto se llevó la separación de los pubis á 10 centímetros ó más, de lo que resultó: la producción de una desgarradura del perineo, de otra en la parte superior de la vulva, y por último, una ruptura de la uretra, extendida hasta la vejiga. La mujer murió.*

Ahora bien, según el mismo autor de esta obser-

vación, las desgarraduras fueron el resultado de la enorme separación de los pubis, la hemorragia arterial era evitable por una ligadura y la hemorragia en nata se hubiera detenido por sí sola, practicando rápidamente la extracción y volviendo á reunir las superficies articulares ("Semaine Medicale," 1893, pág. 212).

Pasamos á analizar, uno á uno, estos inconvenientes:

Megrier ha señalado la frecuencia relativa de las lesiones de la pared anterior de la vagina y las atribuye á la compresión de las partes blandas, que ejerce la cabeza fetal contra el borde posterior, cortante, del pubis apartado. En los casos en que esto ha acontecido, una simple sutura, hecha inmediatamente, ha bastado para obtener la reunión por primera intención.

Oigamos las siguientes palabras de Mr. Pinard: "Después de un apartamiento de 5 á 6 centímetros, yo no he visto jamás la solidez de la pelvis comprometida, ni lesiones del lado de la uretra ó de la vejiga. He operado á una mujer que de un parto distócico anterior, habia guardado una fístula vésico-vaginal y esta fístula no se ha agravado. En mi opinión, es prudente no pasar de un apartamiento de 7 centímetros, no por temor de una diastasis posterior, sino en interés de las partes blandas subpúbicas."

Sin embargo, entre los 38 agrandamientos de la pelvis, de la estadística de Pinard, sólo se ha observado, durante la extracción del feto, cinco veces una desgarradura de la pared anterior del canal, haciéndolo comunicar con la herida operatoria. Estas desgarraduras, que han sido pequeñas y NO HAN IN-

TERESADO, NI LA VEJIGA NI LA URETRA, han reunido todas por primera intención; tres de ellas con un simple taponamiento y las otras dos con la aplicación de dos puntos de sutura.

Si esto ha podido verificarse en cinco casos, es sin duda debido á la estrechez de las pelvis operadas, en las que la separación máxima de 7 centímetros no ha bastado para hacer libremente la extracción del producto. No pasa lo mismo en nuestro caso y la razón es fácil; no hay necesidad de separar los pubis más allá de 5 centímetros.

Las hemorragias: Muchos parteros temen practicar la sinfisiotomía por temor á una pérdida considerable de sangre. Las investigaciones anatómicas de Farabeuf, hacen desaparecer este temor. La hemorragia puede presentarse: 1.º Por la sección de dos arterias y de sus venas correspondientes; la suprapúbica (rama de la epigástrica), cuyas ramificaciones se distribuyen en la pared abdominal, y la púbica (rama de la obturadora), que dividiéndose en numerosas ramitas, nutre toda la cara posterior del pubis. La sección de cualquiera de estos dos vasos, ó de las venas que los acompañan, no es de temer absolutamente; sin embargo, existe sobre la línea media un pequeño arco constituido por la anastomósis de las dos suprapúbicas, que hay que dividir inevitablemente y que puede producir un pequeño chorro, que dura algunos segundos y se detiene por sí solo. 2.º No pasa lo mismo con las venas de la uretra, del clítoris y de la vejiga, tributarias de las pudendas internas y de las vesicales. Estas venas son muy numerosas, de calibre considerable y tienen amplias anastomósis entre sí. Si para practicar la sinfisiotomía hubiera necesidad de herirlas, ó por

lo menos este accidente fuera fácil, en él encontraríamos una poderosa contraindicación para la operación que nos ocupa. Pero no es así; estos paquetes venosos están cubiertos por una delgada lámina aponeurótica, que los separa de los tejidos retropúbicos, y á través de estos últimos, es muy fácil introducir detrás del rodete articular una sonda acanalada, gruesa, de bordes romos y fuertemente encorvada, que Farabeuf usa para preservar de la acción del bisturí á todos los tejidos situados detrás, entre ellos el plexus venoso provesical, haciendo así imposible una hemorragia de estos importantes vasos.

Uno de los más grandes argumentos invocados por los detractores de la sección y separación de los pubis, está basado en la suposición de que esto sólo es posible á expensas de grandes descalabros en las articulaciones sacro-iliacas; descalabros que, además de ofrecer un peligro inmediato, pueden comprometer definitivamente la solidez de la cintura pélvica.

Aquí nuevamente tenemos que recurrir á los estudios practicados en el cadáver por el célebre colaborador de Pinard.

Farabeuf describe cinco grandes ligamentos posteriores en las articulaciones sacro-iliacas: el 1.º parte de la apófisis transversa de la última vértebra lombar; el 2.º, llamado por sus inserciones *ilio-transverso sacro*, se inserta en la apófisis transversa de la 1.ª vértebra sacra; el 3.º, el más importante de todos, se extiende de la pirámide iliaca al primer tubérculo conjugado sacro; las múltiples fibras que forman este ligamento, han hecho que se le llame *ligamento vago*, y la circunstancia de estar situado

sobre el eje de nutación, le ha dado el nombre de *ligamento axil;* 4.º, va de la espina iliaca posterior y superior al 2.º tubérculo conjugado sacro; el 5.º y último, llamado *vertical posterior*, se inserta al tercer conjugado sacro, es el que ofrece fibras de mayor longitud. El pàpel de estos cinco ligamentos es mantener directamente aplicadas las dos superficies articulares; de su integridad depende únicamente la solidez de esta articulación.

Por otro lado, hacia adelante, no existe más medio de unión que el periostio grueso, que pasa de la cara cóncava del sacro al ilio.

Cuando se apartan los pubis, la articulación del iliaco con el sacro se abre á la manera de una bisagra, al rededor de un eje oblicuo, que pasa rozando tangencialmente las dos extremidades redondeadas de las superficies articulares. De esto resulta que los ligamentos posteriores, situados todos (menos algunas fibras del *vago-axil)* detrás del eje, no sufren ningún atirantamiento, sino al contrario, una completa relajación. ¿Qué pasa con el periostio que cubre la articulación anteriormente? Llevada la separación á 7 centímetros, á lo más, en todas las experiencias de Farabeuf, se ha observado que se produce un despegamiento, de corta extensión, del periostio que cubre al ilio, quedando intacto el que reviste al sacro.

Siendo esta la única lesión articular, ¿podrá creerse que la separación momentánea de la sínfisis, pueda comprometer la solidez de la pelvis? Creemos que no, cuando frecuentemente vemos enormes luxaciones de las grandes articulaciones y con ruptura de ligamentos importantes, recuperar completamente sus funciones después de un tratamiento adecuado. Si

esto pasa en las articulaciones coxo-femoral de la rodilla, del codo, etc., esencialmente móviles, ¿no es lógico suponer que las sacro-iliacas, dotadas de pequeñísimos movimientos, recuperen su solidez después de una ligera diastasis, en que sus ligamentos *útiles* han sido respetados y no existe comunicación alguna con los gérmenes patógenos?

No nos queda por analizar más que el temor que tienen algunos cirujanos, de no encontrar la interlínea articular en el momento de la operación.

Haciendo á grandes rasgos la descripción del manual operatorio de la sinfisiotomía, tal como lo aconseja Farabeuf, demostraremos que esta operación no es ni tan difícil ni tan laboriosa, que no esté al alcance sino de hábiles cirujanos.

El primer tiempo de la operación (previa la anestesia de estilo), es una incisión de la piel y de las partes blandas pre-púbicas, practicada sobre la línea media, siguiendo la dirección de la interlínea articular. El segundo tiempo, el más importante, tiene por objeto la introducción detrás de la sínfisis y abrazando el rodete articular de la sonda acanalada especial de que hemos hecho mención. El autor describe así este tiempo: "Pongo el extremo del pulgar izquierdo en el vestíbulo, el del índice al lado izquierdo del clítoris, muy abajo. Abato la raíz izquierda hasta que la extremidad de mi dedo sienta la parte inferior del arco, lo que es fácil. Si hago deslizar la piel apoyando mucho, y por consecuencia abatiendo el punto tocado, doy al tegumento la libertad de subir á su lugar antes de dividir, porque es sobre mi uña que hago terminar la incisión comenzada á la altura necesaria. Mi bisturí pasa 2, 3, 4 veces para poner bien á desnudo las partes blandas

presinfisianas, que hacen ver claramente dos apartadores, finalmente llevados á la parte baja de la herida. Veo perfectamente los filamentos del ligamento suspensor del clítoris. Para verlos mejor y ponerlos en relieve, mi mano izquierda toma el glande y tira el clítoris. Inmediatamente sus haces se elevan. Con un corte de bisturí, transversal, rápido, de 20 milímetros, lo corto cerca del clítoris y á fondo."

De este modo, en el vértice del arco, queda abierto el camino para la introducción de la sonda. Separando el operador las fibras de los músculos rectos, arriba de la sínfisis, puede introducir su dedo para ir en busca del extremo de la sonda y conducirlo hasta hacerlo aparecer.

Una vez colocada la sonda, abrazando el rodete articular, el cirujano procede á dividir la sínfisis, con un escalpelo de hoja muy delgada y con la precaución de no inclinarlo á ningún lado. La sección debe ser completa.

Para procurar el apartamiento, se opera primero sobre un muslo, llevándolo, de la flexión y aducción forzada que ocupaba, á la extensión y abducción. En seguida se hace la misma operación con el otro muslo. Por este mecanismo, se obtiene una separación igual de los dos lados.

B. Con respecto á los peligros lejanos de la sinfisiotomía, si analizamos las observaciones que sobre el particular se han publicado, podemos afirmar que, de una manera general, las sinfisiotomizadas han podido abandonar el lecho, levantarse y andar tres ó cuatro semanas después de operadas.

La reunión de las superficies articulares se hace rápidamente, sin supuración, con la sola aplicación

de una sobre otra, sin intermedio de suturas metálicas (tan recomendadas por Zweifel, quien habiendo observado casos de incontinencia de orina, ha reemplazado ventajosamente los hilos de plata por hebras de catgut).

Si la reunión se hace con tanta facilidad, y las enfermas á los 20 días pueden ir y venir sin inconveniente alguno, ¿á qué peligros estará expuesta la mujer para los embarazos posteriores? Contestaremos que á ninguno; no queda después de la operación más que una cicatriz oculta.

Recorriendo la estadística de Spineli; se encuentran 4 mujeres operadas dos veces, y que en sus segundos embarazos no han padecido ninguna molestia extraordinaria. Entre los 50 casos de Morisani, se encuentran 2 en las mismas condiciones que las anteriores, y podríamos añadir algunas más. Como verdaderamente elocuentes tenemos las siguientes de Pinard: *Una de sus sinfisiotomizadas resultó embarazada á los 3 meses de operada, sin que se produjera ningún relajamiento patológico de la sínfisis. Una ruptura prematura de la bolsa de las aguas la hizo entrar á la clínica, donde parió un niño de 3.250 gramos, y abandonó el servicio á los 17 días, completamente restablecida.*

La segunda, hasta los 5 meses de embarazo, no ha resentido el más ligero dolor al nivel de las articulaciones pélvicas.

En resumen, durante la ejecución de la operación, las hemorragias que se pueden presentar se combaten perfectamente por la simple compresión; durante la separación de los pubis, no se producen descalabros en las articulaciones sacro-iliacas, si no se lleva el apartamiento á más de 7 centímetros; por

la misma precaución se evitan las lesiones de la pared vaginal anterior; en caso de producirse, se curan con la mayor facilidad, y por último, la "*restitio ad integrun*" es completa.

3.° Para resolver el último problema que nos hemos fijado, no tenemos más que comparar todo lo dicho respecto á los incònvenientes del agrandamiento momentáneo de la pelvis, con los que acarrea la extracción de un feto normal, con el occipital hacia el sacro, en una nulípara. Las observaciones que se encuentran en la primera parte de este trabajo, nos ofrecen ejemplos de rupturas del perineo, de la vulva, del cuello uterino, de comunicaciones anormales de la vejiga con la vagina, ó de esta última con el recto. Hemos visto que para extraer un niño, en estas condiciones, fué preciso una serie de tracciones hechas con el fórceps, por espacio de 3 horas; otro niño murió á consecuencia de la intervención, etc. El partero que se empeña, en estas condiciones, en sacar un feto á fuerza de fórceps, expone á la madre á todos los peligros que conocemos, y al niño á todas las inconveniencias de una operación larga, para extraerlo, cuando ya las contracciones no se transmiten por intermedio del líquido amniótico; por lo tanto, lo pone en peligro de asfixia, ó por lo menos lo expone á la acción de las cucharas sobre la piel fina de la cabeza, y por último, á la compresión de la médula cervical, resultante de la flexión forzada que es preciso dar á la cabeza para extraerla en estas condiciones.

Si comparamos la herida operatoria producida por la sinfisiotomía, con las lesiones de las partes blandas, productode la extracción de una cabeza en occípito-sacra, podemos formar el siguiente cuadro:

DESGARRADURAS DEL CANAL	HERIDA DE LA SINFISIOTOMÍA
Heridas producidas por la compresión y la tracción exagerada de las partes blandas.	*Herida hecha, cuidadosamente, por la mano del cirujano, con todos los recursos de la antisepsia.*
Irregulares, como producidas por gangrena, con los bordes edematosos y contundidos, sin tendencia á cicatrizar y con pérdida de substancia.	*Regular, con los bordes perfectamente aptos pará cicatrizar; no hay pérdida de substancia.*
Haciendo comunicar á veces la cavidad de la vagina, con la uretra, la vejiga ó el recto.	*Enteramente independiente de los órganos génito-urinarios.*
Perfectamente dispuesta para la infección, dados los caracteres de la pérdida de substancia y su situación adecuada para recibir los escurrimientos loquiales, ó los productos de la vejiga ó del recto.	*Su antisepsia es fácil de mantener, dada su independencia con los órganos de la pequeña pelvis, y su acceso fácil para los líquidos antisépticos.*
Muy difíciles de curar, á veces exigen cuidado de antisepsia, asiduos y mantenidos por largo tiempo.	*Reune con gran facilidad por primera intención, sin exigir más antisepsia que cualquiera otra herida operatoria.*
Consecuencias: caída de la vagina, de la vejiga, del recto, de la matriz, desviaciones de la misma, persistencia de la comunicación anormal de estos órganos entre sí, molestias y trastornos que siguen á estas lesiones.	*Consecuencias: Una simple cicatriz. No se compromete la resistencia de la pelvis. «La restitutio ad integrum.»*

CONCLUSIONES

De todo lo expuesto en este incorrecto estudio, podemos deducir las siguientes conclusiones, sobre el mejor tratamiento de las occípito-posteriores:

1.ª Durante el embarazo, el partero debe procu-

rar convertir la posición posterior en anterior, usando de las maniobras conocidas, como la del Dr. Carbajal, que en algunos casos ha sido eficaz á su autor.

2.ª Durante el parto debe esperarse, para operar, hasta que la cabeza, no habiendo girado, se detenga en su descenso.

3.ª Si esto último acontece, el partero debe procurar, á todo trance, llevar al occipital bajo el arco púbico.

4.ª Para lograr esto último, debe usar de la mano, de la palanca ó del fórceps recto. En caso de verse obligado á emplear el fórceps clásico, debe preferir el procedimiento de Loviot, á la doble aplicación.

5.ª En aquellas pulíparas en que, habiendo aplicado el fórceps de dos curvaturas, se note gran facilidad para extraer la cabeza en occípito-sacra, el partero está autorizado á terminar así su operación.

6.ª Si después de haber aplicado, en nulíparas sobre todo, los procedimientos que conocemos para rodar cabezas, no se obtiene el resultado que se busca, no debe hacerse la extracción directa:

A. Si el producto está muerto, la embriotomía está perfectamente indicada.

B. Si el niño tiene vida, la sinfisiotomía constituye el procedimimiento de elección.

México, Abril de 1895.

M. González de la Vega.